

Der ältere Patient

Depressionen und kognitive Einschränkungen erkennen und behandeln

Depressionen kommen bei älteren Menschen häufig vor, werden aber aufgrund einer atypischen Symptomatik oft lange nicht erkannt. Im Rahmen eines Symposiums zeigte Dr. med. Birgit Schwenk, Spital Altstätten/SG, eine einfache Möglichkeit zur Diagnose auf und ging auf die Behandlungsoptionen, zu denen auch Trazodon (Trittico®/Trittico® retard) gehört, ein. Im zweiten Teil der Veranstaltung machte Prof. Dr. med. Evgeniy Perlov, Luzerner Psychiatrie, deutlich, dass eine frühe Diagnose bei kognitiven Einschränkungen wichtig ist, und dass der standardisierte Ginkgo-biloba-Extrakt (Symfona®) eine gute Behandlungsoption darstellt.

Depressionen sind bei älteren Menschen gar nicht so selten. Bei den über 65-Jährigen liegt ihre Prävalenz bei 25%. Zahlen aus deutschen Altersheimen zeigen gar eine Prävalenz von 40 bis 50% (1). «Wir wissen zudem, dass die Prävalenz einer Depression mit dem Grad der Gebrechlichkeit eines Betroffenen ansteigt», so Dr. med. Birgit Schwenk, Spital Altstätten/SG.

Oft atypische Symptome

Als Auslöser für die Entwicklung einer Depression im Alter spielen vor allem psychosoziale Faktoren eine Rolle. «Ältere Menschen belastet die zunehmende Abhängigkeit, der Verlust ihrer Autonomie, am meisten», betonte Dr. Schwenk. Diese Belastung wird durch körperliche Beschwerden wie Schmerzen, Schlaf- und Angststörungen noch weiter verstärkt. Dr. Schwenk wies zudem darauf hin, dass auch Medikamente als Auslöser für Depressionen nicht vergessen werden sollten. Hier seien insbesondere verschiedene Antihypertensiva (z.B. Betablocker), Analgetika (z.B. Opiode), Antiparkinsonmedikamente (z.B. Levodopa), typische Neuroleptika aber auch Steroide von Bedeutung (2).

Die Symptomatik einer Depression erweist sich im Alter oft als atypisch. «Die Patienten sind mürrisch, reizbar und klagen vor allem über körperbezogene Symptome wie Schmerz, Angst, Druckgefühl oder Übelkeit», schilderte Dr. Schwenk. Die Betroffenen bagatellisieren ihre eigenen Gefühle und es können auch

kognitive Defizite auftreten. Auch Spätalkoholismus sowie Suizid sind möglich. «Diese Patienten sind häufig unterbehandelt, da die Symptome durch das Umfeld als normal und dem Alter entsprechend eingestuft werden», so die Referentin.

Zur Diagnose einer Depression im Alter stehen verschiedene Skalen zur Verfügung. Dr. Schwenk erwähnte in diesem Zusammenhang die DIA-S (Depression-im-Alter Skala), die sie selbst auch einsetzt (3). Für die Hausarzt-Praxis empfahl sie zwei einfache Fragen:

- «Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt, oder hoffnungslos?»
- «Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?»

Falls beide Fragen mit ja beantwortet würden, sei die Wahrscheinlichkeit für eine depressive Episode sehr hoch. Als wichtigste Differentialdiagnosen nannte Dr. Schwenk die Demenz und das hypoaktive Delir.

Die drei Säulen der Therapie

Die Behandlung einer Depression im Alter umfasst drei Säulen: psychosoziale Interventionen, Psychotherapie und Pharmakotherapie. Psychosoziale Interventionen sollen dazu beitragen, die Symptome zu lindern, das Suizidrisiko zu senken, das Selbstvertrauen zu stärken und soziale Kontakte zu erhalten. «Eine Psychotherapie

führt zu einer mässigen bis deutlichen Verbesserung der Depressionssymptomatik. Sie ist auch bei Patienten mit leichter Demenz möglich», beschrieb Dr. Schwenk.

Für die Pharmakotherapie der Depression bei älteren Patienten gilt der Grundsatz: start low, go slow. «Aus Gründen der Verträglichkeit würde ich sogar sagen start very low und go very slow», ergänzte die Referentin. Eingesetzt werden können Antidepressiva verschiedener Klassen. Dr. Schwenk wies darauf hin, dass es unter der Fülle an Substanzen einige gibt, die in spezifischen Situationen ungünstig sind. So zum Beispiel Paroxetin und Mirtazapin bei Diabetes, Venlafaxin bei arterieller Hypertonie sowie generell die trizyklischen Antidepressiva.

Trazodon (Trittico®/Trittico® retard): bei älteren Patienten empfohlen

Zur Behandlung von Depressionen bei älteren Patienten stehen einerseits Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und –psychotherapie (SGAP) zur Verfügung (2). Andererseits stellte Dr. Schwenk auch ihre persönlichen Favoriten vor (Tab. 1). «Wichtig ist einfach, dass Sie diejenigen Medikamente einsetzen, die Sie gut kennen», betonte sie. Bei Patienten mit Angst und Schlafstörungen verwendet Dr. Schwenk gerne Trazodon (Trittico®/Trittico® retard). In den Empfehlungen der SGAP 2018 erhielt Trazodon für die Behandlung der Depression bei älteren Patienten die Evidenzkategorie A und den Empfehlungsgrad 1 (2).

Dr. Schwenk wies zum Schluss darauf hin, dass es bis zum Eintritt der Wirkung einer antidepressiven Therapie bis zu 4 Wochen dauern kann. Die Therapiedauer sollte mindestens 6 bis 9 Monate, bei gleicher Dosierung, betragen. Danach kann ein Absetzversuch (Therapie ausschleichen) in Betracht gezogen werden. Erweist sich das gewählte Antidepressivum als nicht ausreichend wirksam, sollte zuerst die Compliance des Patienten überprüft und dann allenfalls die Dosis erhöht werden. Auch ein Wechsel zu einem anderen Antidepressivum oder die Kombination zweier Substanzen kann in Betracht gezogen werden. Abschliessend betonte sie, dass unbehandelte Depressionen bei älteren Menschen nicht selten mit Suizid enden.

Patienten mit Angst, ohne Schlafstörung (z.B. Post-Fall Syndrom)	• Sertralin 25-50 mg morgens
Patienten mit Angst und Schlafstörung	• Bei Depression mit Einschlafstörungen: Trazodon 25-50 mg zur Nacht • Bei Depression mit Durchschlafstörungen: zusätzlich Trazodon 50mg retard abends • Bei Depression: Trazodon retard 150mg (bis 300mg) • Alternativ bei Untergewicht: ◦ Mirtazapin 15-30mg schlafanstossend, 30-45mg antidepressiv
Patienten mit neuropathischen Schmerzen und Angst	• Venlafaxin 75mg, oder Duloxetin 30-60m
Patienten mit Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz	• Trazodon retard 50-150mg
Patienten mit frontotemporale Demenz	• SSRI

Tab. 1: Therapie der Depression bei älteren Patienten. Favoriten von Dr. Birgit Schwenk für den praktischen Alltag.

Kognitive Störungen

Im zweiten Teil des Symposiums sprach **Prof. Dr. med. Evgeniy Perlov**, Luzerner Psychiatrie, über ein weiteres, bei älteren Patienten relevantes Thema: die kognitiven Störungen. Er betonte, dass viele psychiatrische Erkrankungen, so zum Beispiel Depressionen, Psychosen, Suchterkrankungen und Delir, aber auch neurologische und akute somatische Erkrankungen zu kognitiven Einschränkungen führen können. Das normale Altern geht in allen Organen, so auch im Gehirn, mit verschiedenen Abbauprozessen einher, deren Folgen aber anfangs noch gut kompensiert werden können. Zur Beschreibung kognitiver Veränderungen wurde vor einigen Jahren der neue Begriff der subjektiven kognitiven Beeinträchtigung (subjective cognitive decline, SCD) geschaffen (4,5). Sie ist wie folgt definiert:

1. Eine subjektiv erlebte, anhaltende Beeinträchtigung der Kognition, im Vergleich zu einem zuvor normalen Status, die nicht im Zusammenhang mit einem akuten Ereignis steht.
2. Das Vorliegen einer normalen, dem Alter, Geschlecht und Bildungsniveau angepassten Leistung in kognitiven Tests, die dazu dienen eine leichte kognitive Beeinträchtigung (mild cognitive impairment, MCI) oder ein Frühstadium einer Alzheimer Krankheit zu erfassen.

Einiges weist darauf hin, dass das Stadium der SCD die erste symptomatische Manifestation einer Demenz darstellen könnte. Wolfgruber et al. stellten fest, dass Patienten, die sich nicht oder nur zeitweise Sorgen über ihre SCD machten, ein zweifach erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Alzheimer Demenz aufwiesen (HR= 2,03). Patienten, die sich ständig Sorgen machten, wiesen sogar ein fast vierfach erhöhtes Risiko auf (HR=3,72; $p < 0,001$) (6). Wie Prof. Perlov erklärte, könnte die Früherkennung kognitiver Störungen womöglich dazu beitragen, den Übergang in eine Demenz zu verzögern, die Selbständigkeit der Betroffenen länger zu erhalten und die Lebensqualität zu verbessern. «Es ist wichtig, ältere Patienten aktiv auf ihr Gedächtnis anzusprechen, da sie von sich aus dieses Thema womöglich nicht ansprechen», so der Redner. Äussert sich ein Patient dann besorgt über seine kognitive Leistungsfähigkeit, sei dies unbedingt ernst zu nehmen. Das frühe Erkennen kognitiver Einschränkungen sei zudem die Voraussetzung dafür, früh einen individuellen Behandlungsplan erstellen und umsetzen zu können.

Literatur:

1. Kopf D, Hummel J. Depression beim gebrechlichen Alterspatienten. Z Gerontol Geriat 2013;46:127–133.
2. Hatzinger M et al. Empfehlungen für Diagnostik und Therapie der Depression im Alter. Praxis 2018;107:127–144.
3. Heidenblut S, Zank S. Entwicklung eines neuen Depressionsscreenings für den Einsatz in der Geriatrie. Die «Depression-im-Alter-Skala» (DIA-S). Z Gerontol Geriat 2010;43:170–176.
4. Jessen F et al. A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. Alzheimers Dement 2014;10:844–52.
5. Jessen F et al. The characterisation of subjective cognitive decline. Lancet Neurol 2020;19:271–278.
6. Wolfgruber S et al. Differential Risk of Incident Alzheimer's Disease Dementia in Stable Versus Unstable Patterns of Subjective Cognitive Decline. J Alzheimers Dis 2016;54:1135–1146.
7. Fachinformation Symfona® (Ginkgo biloba-Extrakt). www.swissmedinfo.ch
8. Grass-Kapanke B et al. Effects of Ginkgo Biloba Special Extract Egb 761® in Very Mild Cognitive Impairment (vMCI). Neuroscience & Medicine 2011;2:48–56

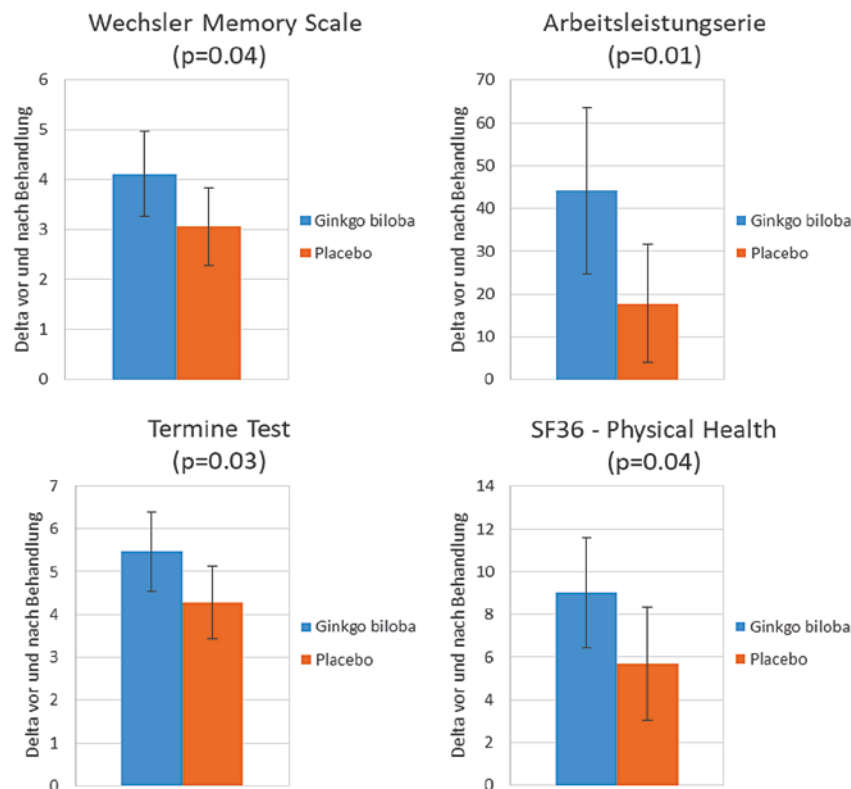


Abb. 1: Die Behandlung mit Ginkgo biloba über 12 Wochen führte zu signifikant besseren Ergebnissen in kognitiven Tests (z.B. Konzentration, Rechenausdauer, Erinnerungsvermögen, numerisches Gedächtnis) und der körperlichen Funktion bzw. der Vitalität (8).

Positive Effekte von Ginkgo biloba Extrakt bei SCD

Während Substanzen wie Acetylcholinesterasehemmer und Memantine für die Behandlung einer bereits diagnostizierten bzw. schweren Demenz indiziert sind, stellt der standardisierte Ginkgo-biloba-Extrakt z.B. (Symfona®) eine therapeutische Option dar, die sich generell zur symptomatischen Behandlung von Einbussen in der kognitiven Leistungsfähigkeit eignet (7). In einer Studie wurde die Wirksamkeit von Ginkgo biloba (240 mg/Tag) im Vergleich zu Placebo bei 300 Patienten mit sehr leichten kognitiven Einschränkungen untersucht (8). Nach einer Studiendauer von 12 Wochen konnte gezeigt werden, dass Ginkgo biloba im Vergleich zu Placebo zu signifikant besseren Ergebnissen in kognitiven Tests (z.B. Konzentration, Rechenausdauer, Erinnerungsvermögen, numerisches Gedächtnis) und der körperlichen Funktion bzw. der Vitalität führte (Abb. 1). In Bezug auf Sicherheit und

Verträglichkeit ergaben sich zwischen Ginkgo biloba und Placebo keine Unterschiede.

Wie Prof. Perlov abschliessend erklärte, sei in der Zukunft – aufgrund des steigenden Anteils an älteren Menschen in der Bevölkerung – mit einer zunehmenden Zahl an Patienten mit SCD/MCI zu rechnen. Es sei daher wichtig, ältere Menschen auf ihre kognitive Leistungsfähigkeit anzusprechen und im Falle einer Einschränkung zusammen mit ihnen und den Angehörigen ein individuelles Behandlungskonzept auszuarbeiten, bei dem auch medikamentöse Optionen, wie der Einsatz eines standardisierten Ginkgo-biloba-Extrakts z.B. (Symfona®) in Betracht gezogen werden sollten.

Kurzfachinformationen Trittico® retard und Symfona® auf Seite 45 und 48.

IMPRESSUM

Berichterstattung: Dr. Therese Schwender

Redaktion: Thomas Becker

Quelle: Referate «Therapie der Depression im Alter aus geriatrischer Sicht» und «Kognitive Störungen in der Praxis: Früherkennung und multimodaler Therapieansatz». Lunch-Symposium 2, 23. Fortbildungstagung des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM) Kongress, 24. Juni 2021, virtuell.

Inhaltlich verantwortet und finanziert von
OM Pharma Suisse SA, 1752 Villars-sur-Glâne

© Aertzeverlag medinfo AG, Erlenbach

Stärkung der Gedächtniskraft – ab dem ersten Vergessen¹

ONCE A DAY
SYMFONA® 240 mg

NEURONALE STÄRKUNG ZUR FRÜHZEITIGEN UNTER- STÜTZUNG DER KOGNITIVEN LEISTUNGSFÄHIGKEIT^{1,2,5}

Der multimodale Wirkmechanismus des Ginkgo biloba-Extraktes verbessert die Mikrozirkulation¹, fördert die Funktion der Mitochondrien², die neuronale Zellvernetzung³ und schützt die Zellen dank seiner antioxidativen Eigenschaft⁴.

Symfona® ist auch indiziert bei Schwindel, Tinnitus und Claudicatio intermittens.

www.ginkgo-symfona.ch

Symfona® 60 mg / Symfona® 120 mg / Symfona® 240 mg. Z: Ginkgo biloba-Extrakt, 60 mg/120 mg/240 mg. Gal: S. 60 mg, S. 120 mg: Kapsel, S. 240 mg: Filmtablette. I: S. 60 mg, S. 120 mg, S. 240 mg: symptomatische Behandlung von Einbüssen in der mentalen Leistungsfähigkeit, Vertigo unbekannter Ursache, Adjuvans bei Tinnitus, Adjuvans bei ausgeschöpftem Gehtraining bei Claudicatio intermittens. D: S. 60 mg: 2 x 1–2 Kaps./Tag, S. 120 mg: 2 x 1 Kaps./Tag, S. 240 mg: 1 Tab./Tag. KI: Überempfindlichkeit gegen Ginkgo biloba-Zubereitungen. Kinder und Jugendliche < 18 Jahre. VM: Einnahme vor operativen Eingriffen mit Arzt besprechen. S/S: Keine klinischen Daten bei SS verfügbar. Bei der Anwendung in der Schwangerschaft und Stillzeit ist Vorsicht geboten. UW: Sehr selten leichte Magen-Darm-Beschwerden, Kopfschmerzen, allergische Hautreaktionen. Einzelfälle von Blutungen (ursächlicher Zusammenhang mit Ginkgo biloba-Zubereitungen nicht gesichert). IA: Wechselwirkung mit Arzneimitteln, die die Blutgerinnung hemmen, nicht ausgeschlossen. Im Falle einer gleichzeitigen oralen Einnahme von Theophyllin, Risiko einer Abnahme der biologisch wirksamen Konzentration dieses Mittels. P: S. 60 mg: 50 und 100, S. 120 mg: 60 und 120, S. 240 mg: 30 und 60. Liste B, Symfona® 120 mg/Symfona® 240 mg sind kassenzulässig. Detaillierte Informationen: www.swissmedinfo.ch. Stand der Information: Juni 2009 (Symfona® 60 mg / Symfona® 120 mg), Januar 2017 (Symfona® 240 mg). Vifor SA, CH-1752 Villars-sur-Glâne.

Referenzen: 1. Fachinformation Symfona®, www.swissmedinfo.ch 2. Eckert A. Mitochondrial effects of Ginkgo biloba extract. International Psychogeriatrics 2012; (24), Suppl 1:18–20. 3. Tchantchou F et al. Stimulation of neurogenesis and synaptogenesis by Bilobalide and Quercetin via common final pathway in hippocampal neurons. Journal of Alzheimer's Disease 2009; 787–798. 4. Rhein V et al. (2010) Ginkgo biloba extract ameliorates oxidative phosphorylation performance and rescues Aβ-induced failure. PLoS ONE 5 (8): e12359. doi:10.1371/journal.pone.0012359. 5. Grass-Kapanke B et al. Effects of Ginkgo biloba special extract Egb761 in very mild cognitive impairment (VMCI). Neuroscience & Medicine 2011; 2: 48–56.

Symfona® enthält den Ginkgo biloba Extrakt Li1370.